

補聴器購入意見書

対 象 者	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日
病 名				
聴 力 (4分法平均 (※))	右 dB		左 dB	
補聴器の 要・否 及び効果 ※聴力が40dB 未満の場合、 補聴器の必要 性を記入	右 (要・否) (効果) 左 (要・否) (両耳に必要な場合は、その理由)			
処 方	補聴器の種類	☐ ポケット型 ☐ 耳掛け型 ☐ 耳あな型 ☐ その他 ()		
	イヤーマールド	☐ 有 ☐ 無		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (印)				

※本意見書は、身体障害者福祉法第15条第1項による指定医が作成してください。

※4分法平均聴力とは、周波数500、1000、2000Hzにおける気導聴力閾値の測定値をそれぞれa、b、cとした場合、 $(a + 2b + c) / 4$ の数式で算出した数値とします。ただし、測定値が100dB以上の場合は105dBとして計算します。

なお、聴力の測定は、JIS規定に適合したオーディオメータを用いた純音聴力検査によります。

※本意見書の有効期限は作成（診断）日から3か月です。